東レ健康保険組合 御中　**記入例**

健康保険被扶養者異動（追加）届

◎氏名は住民票に登録されているとおりに記入して下さい。
◎続柄は戸籍どおりに記入して下さい。※子ではなく長男など

被保険者欄	被保険者証 記号	被保険者証 番号	生年月日	所属 / 連絡先(TEL)	提出日
	○○○○	○○○○○○○	昭・平 ○○年○○月○○日	○○○○㈱○○○工場	令和 ○○年○○月○○日

被保険者氏名	氏	名	住所
	健　保	太　郎	〒○○○－○○○○ ○○県○○○市○○○1－2－3

認定対象者である被扶養者欄

認定対象者の氏名	性別	生年月日	続柄	被扶養者になった理由	被扶養者になった日
フリガナ ケンポ　ハナコ 氏 健　保　名 花　子 個人番号 ○○○○ ○○○○ ○○○○	男 / 女（女）	昭（昭）・平・令 ○○年○○月○○日	（注）長男・二男等：妻	出生・結婚・離職（離職）・失業給付受給(中)終了 収入減少・入社・その他（　）	令和 ○○年○○月○○日
	世帯	事実発生日以降１年間の年間収入見込み額	0 円		所得税法上の控除対象配偶者または扶養親族の有無
	同居（同居）/ 別居	認定対象者の現住所	〒　－		有（有）　無
		認定対象者の住民票住所 ※現住所と異なる場合に記入	〒　－		

認定対象者の氏名	性別	生年月日	続柄	被扶養者になった理由	被扶養者になった日
フリガナ 氏　名 個人番号	男 / 女	昭・平・令　年　月　日	（注）長男・二男等	出生・結婚・離職・失業給付受給(中)終了 収入減少・入社・その他（　）	令和　年　月　日
	世帯	事実発生日以降１年間の年間収入見込み額	円		所得税法上の控除対象配偶者または扶養親族の有無
	同居 / 別居	認定対象者の住所	〒　－		有　無
		認定対象者の住民票住所 ※現住所と異なる場合に記入	〒　－		

今回扶養するに至った事情	認定対象者への生計費負担額（別居の時は仕送り額）	あなた以外の扶養義務者が認定対象者を扶養できない理由	認定対象者に収入がある場合その種類と収入額（恒常的な収入すべて）
令和○○年○○月○○日退職のため失業給付受給予定 ※出産のため失業給付受給延長予定など	全額負担	他に扶養する者がいないため	0円／年 ※被扶養者の要件を満たす事実発生日以降の年間見込収入額を記入

事業主記入欄

☑ 本人の署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。

〒　－

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名印

事業主受付日　年　月　日

事業主確認欄	事業主が確認した場合にチェック✓して下さい		
	・続柄 ☐	・世帯 ☐	・所得税法上の控除対象配偶者または扶養親族の有無（年間収入130万円(60歳以上180万円)未満であること） ☐

健保受付日

聴取・調査事項（※健保記入欄）

【注意事項】
・チェックが無い場合は公的書類の添付が必要です。
・添付書類については、別紙「被扶養者認定に必要な提出書類一覧表」をご確認下さい。

認定日　年　月　日

台帳記入者	担当	G L	事務長	常務理事